

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

N°

THÈSE

139

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Jean CAUCANAS

Né le 27 Juin 1910 à Montpellier

Le Cancer des Lèvres
et

Son Traitement

(Curiethérapie)

Travail du Centre Anti-Cancéreux de la Salpêtrière
(Professeur Gosset)

Président : M. GOSSET, Professeur.

PARIS

Imp. Prosper DEVANT

95, Rue de la Chapelle

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

PAR
Jean CAUCANAS

Né le 27 Juin 1910 à Montpellier

Le Cancer des Lèvres
et
Son Traitement

(Curiethérapie)

Travail du Centre Anti-Cancéreux de la Salpêtrière
(Professeur Gosset)

Président : M. GOSSET, Professeur.

PARIS
Imp. Prosper DEVANT
95, Rue de la Chapelle

1934

LE DOYEN. G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale ..	STROHL.
Chimie médicale	DESCREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BAITHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	{ ACHARD.
	{ BEZANÇON.
	{ CARNOT.
	{ Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	{ CUNÉO.
Clinique chirurgicale	{ GOSSET.
	{ GRÉGOIRE.
	{ LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	{ BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	{ HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	{ MULON.
	{ OLIVIER.
	{ VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiâtrie	LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
BENARD (Henri) ...	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale
BERNARD (Etienne).	Pathologie médicale.	LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
BOULIN	Pathologie médicale.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
BROCC	Pathologie chirurgicale.	LÉVY-VALENSI	Neurologie et Psychiâtrie
BULLIARD	Histologie.	MOREAU	Pathologie médicale.
CATHALA	Pathologie médicale.	MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	OBERLING	Anatomie pathologique.
DOGNON	Physique.	PETIT-DUTAILLIS .	Pathologie chirurgicale.
DONZÉLOT	Pathologie médicale.	PIÉDELIEVRE	Médecine légale.
FEY	Urologie.	PORTES	Obstétrique.
GALLIARD	Parasitologie.	QUÉNU .	Pathologie chirurgicale.
GASTINEL	Bactériologie.	RICHET	Physiologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.	SANNIÉ	Chimie biologique.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.	SÉNÉQUE	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.	SÉZARY	Dermatologie et syphi- graphie.
GIROUD	Histologie.	TROISIÈRE	Pathologie expérimentale
HAGUENAU	Pathologie médicale.	TURPIN	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.	VALLEY-RADOT	
HAZARD	Pharmacologie.	(Pasteur)	Pathologie médicale.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.	VELTER	Ophtalmologie.
JOANNON	Hygiène.	VIGNES	Obstétrique.
LABBE (Henri)	Chimie biologique.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
LACOMME	Obstétrique.		
LANTUEJOL,	Obstétrique.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le Service des Examens

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LEROUY	Anatomie pathologique
BUSQUET	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE ...	Parasitologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à Titre Permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	GUÉNIOT	} Clinique chirurgicale.
CHIRAY		LE LORIER	
DUVOIR		LÉVY-SOLAL	
BASSET		METZGER	
HEITZ-BOYER	} Clinique obstétricale		
MOCQUOT			
SCHWARTZ			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

le DOCTEUR A. CAUCANAS.

A MON GRAND-PERE

A MON PERE

le DOCTEUR J. CAUCANAS.

A MA MERE

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR GOSSET,

*Grand Officier de la Légion d'Honneur,
Chirurgien de l'Hôpital de la Salpêtrière,
Professeur de Clinique Chirurgicale à la
Faculté de Médecine,
Membre de l'Institut.*

*qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de
cette thèse.*

A M. LE DOCTEUR E. WALLON,

*Chef des Travaux de Curiethérapie de la
Salpêtrière.*

*qui nous a inspiré le sujet de cette étude. Nous lui exprimons
ici nos sentiments de vive gratitude pour nous avoir guidé
de ses conseils dans l'accomplissement de ce travail.*

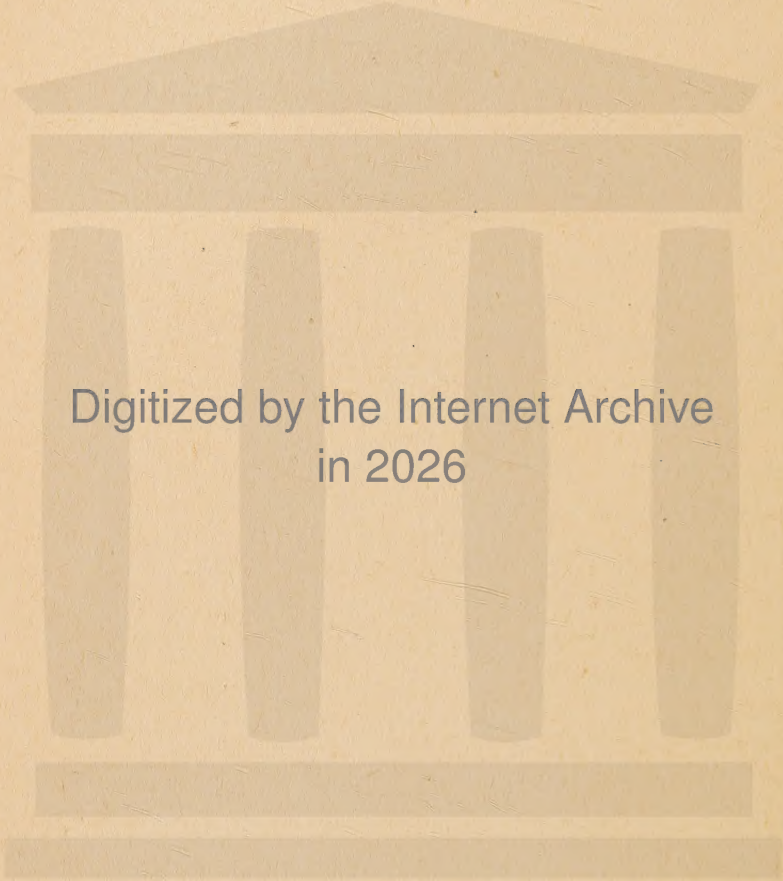
A M. LE PROFESSEUR ROUVIERE
de la Faculté de Médecine de Paris

A M. LE PROFESSEUR VIRES,
de la Faculté de Médecine de Montpellier

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR ACHARD.
M. LE PROFESSEUR HARTMANN.
M. LE PROFESSEUR PROUST.
M. LE PROFESSEUR GUILLAIN.
M. LE PROFESSEUR GOUGEROT.
M. LE PROFESSEUR LEMAITRE.
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CADENAT.
M. LE DOCTEUR DE MASSARY.
M. LE DOCTEUR HALLE.
M. LE DOCTEUR CATHALA.
M. LE DOCTEUR MAHE.
M. LE DOCTEUR DECHAUME.

A NOS MAITRES DE L'ECOLE FRANÇAISE
DE STOMATOLOGIE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551410_0010

INTRODUCTION

S'il existe encore, dans le traitement des épithéliomas, un doute quant à la supériorité d'une méthode de traitement sur une autre, celui-ci a désormais fait place à une certitude pour les épithéliomas des lèvres. La curiethérapie s'est classée comme le meilleur mode actuel de traitement de ces cancers, celui qui donne avec la plus grande facilité, avec une absence totale de risques d'accident, la plus forte proportion de chances de guérison définitive.

En effet, par son action élective particulière, la curiethérapie ne frappe que les éléments néoplasiques et respecte les tissus sains.

Au contraire la chirurgie, l'électro-coagulation et tous les autres procédés qui ne sont pas doués des mêmes propriétés cancéricides doivent détruire, non seulement la tumeur, mais la région voisine suspecte d'envahissement.

Pour être complète et efficace, la chirurgie exige une exérèse large, dépassant de beaucoup le cancer.

Elle occasionne de grosses resections mutilantes suivies d'autoplasties délicates plus ou moins disgracieuses et encore constate-t-on fréquemment des récidives !

Les résultats sont en fin de compte décevants.

La curiethérapie ne crée aucune mutilation. Si la guérison s'accompagne d'une déformation de la lèvre, c'est le résultat de la perte de substance produite par le cancer : le traitement lui-même ne détermine aucun dégât nouveau et la cicatrice qu'il laisse est le plus souvent minime. Ce point de vue esthétique n'est pas à négliger lorsqu'on traite une région aussi apparente que la lèvre.

Quant à cela, s'ajoutent les avantages d'une guérison plus sûre, on ne peut faire autrement que de donner la préférence à une telle méthode de traitement.

Nous allons faire ici dans ses grandes lignes l'étude du cancer des lèvres, de ses formes cliniques, de son adénopathie, complication grave et de la technique de son traitement, utilisée au Centre Anti-Cancéreux de la Salpêtrière dans le service du Professeur Gosset par le Docteur E. Wallon.

ÉTUDE CLINIQUE

RAPPEL ANATOMIQUE. — Les lèvres, lames musculomembraneuses, insérées par un de leurs bords sur les maxillaires supérieur et inférieur limitent par leur bord libre l'orifice bucal.

Les limites de la lèvre supérieure sont les suivantes : en haut, la sous-cloison et les narines, de chaque côté le sillon nasogénien ; en bas, le bord libre de la lèvre.

La lèvre inférieure a une forme vaguement quadrangulaire : un bord inférieur qui se continue avec les parties molles du menton au niveau du sillon mento-labial, un bord droit et un bord gauche qui se continuent avec les parties molles des joues au niveau du sillon nasogénien, un bord supérieur libre, une face antérieure ou cutanée, une face postérieure ou muqueuse.

La muqueuse du bord libre se continue sans démarcation nette avec celle de la face postérieure. La lèvre inférieure est une des localisations les plus communes du cancer : sur 1338 cas réunis par Fricke on trouve la tumeur 1264 fois sur la lèvre inférieure et 74 fois sur la lèvre supérieure.

Accessible dans toute son étendue, elle est d'exploration facile ; mobile, on peut la tirer en avant loin du maxillaire, ce qui nous le verrons, est d'une grande importance pour le traitement.

ADENOPATHIE. — L'infiltration ganglionnaire, due à la richesse du réseau lymphatique des muqueuses est fréquente et précoce. Le système lymphatique afférent comprend des réseaux sous-cutanés et sous-muqueux.

Les collecteurs du réseau muqueux se rendent aux ganglions sous-maxillaires. Ceux du réseau sous-cutané vont aux ganglions sous-mentaux et sous-maxillaires. Les cancers médians peuvent envahir les ganglions des deux côtés. Cet envahissement se rencontre dans le quart des cas environ.

HISTOLOGIE. — Il s'agit d'une manière à peu près constante d'un épithélioma malpighien du type spinocellulaire à globes cornés. Contrairement à une opinion ancienne dont l'erreur a été démontrée, les épithéliomas spinocellulaires n'ont pas une moindre

radiosensibilité que les basocellulaires, mais une malignité plus grande due à un envahissement rapide des régions avoisinantes et des territoires lymphatiques.

ETIOLOGIE. — *Age* : La maladie a été constatée à tous les âges, entre vingt-quatre et quatre-vingt-trois ans. Son maximum de fréquence va de cinquante à soixante ans.

Sexe : L'homme est bien plus fréquemment atteint que la femme. Celle-ci est pour ainsi dire indemne de l'affection. D'après Lortet, la proportion serait de sept fois chez l'homme pour une fois chez la femme.

Irritation par les agents mécaniques. — Les petits traumatismes répétés, la mauvaise hygiène buccale (pyorrhée, chicots à arêtes blessantes, excoriations produites par des appareils de prothèse), joueraient un rôle efficient dans la localisation du cancer.

Tabac. — A toute époque, on a accordé une grande valeur à l'irritation produite par le tabac : ce serait surtout les fumeurs de pipe qui seraient atteints. Le tabac a en outre une influence certaine sur les plaques de leucoplasie auxquelles une action irritante peut donner naissance et qui elles-mêmes peuvent se transformer en épithéliomas.

Syphilis. — Des lésions spécifiques peuvent être aussi le point de départ du cancer. Veneuil a insisté

sur la dégénérescence épithéliale des syphilides tertiaires.

ASPECT CLINIQUE. — *Siège* : A la lèvre inférieure, la tumeur débute rarement sur la ligne médiane. Très voisin de la commissure pour certains, son siège le plus fréquent au moins au début est entre la commissure et la ligne médiane.

A la lèvre supérieure, le début n'est en général pas le même. C'est à quelque distance de la lèvre qu'apparaît la tumeur qui ensuite s'irradie. Elle se comporte comme un cancer cutané qui essaime très rarement vers les voies lymphatiques (Obs. I, II, III, IV).

Début. — Le cancer peut se développer tantôt d'emblée dans l'épaisseur de la lèvre par un noyau sous-muqueux d'épithélioma interstitiel, ce qui est rare ; tantôt faire suite à une petite tumeur verruqueuse, un papillome que le malade gratte, écorche, fait saigner, et qui finit par devenir une petite ulcération dont les bords s'indurent ; tantôt par une plaque de leucoplasie qui s'élargit, devient irrégulière, s'indure, se fissure.

Etat. — Quel qu'ait été le mode de début, on se trouve bientôt en présence d'une ulcération et d'une tumeur prenant les caractères typiques du cancer.

Ulcération : parfois arrondie, parfois irrégulière, se creusant de plus en plus, bourgeonnante, entourée d'une zone vasculaire saignant facilement, infiltrée,

dure, couverte d'une croûte brunâtre dans les parties exposées à l'air, macérée au contraire lorsqu'elle est en contact permanent avec la salive.

Tumeur : d'abord limitée, stade important comme nous le verrons pour le traitement, puis devenant rapidement dure avec des prolongements qui font corps avec la lèvre.

A ce stade, le cancer peut prendre différentes formes :

Une forme superficielle : où la partie infiltrée est au minimum, le cancer s'étend en plaque sur la lèvre, il peut aller d'une commissure à l'autre.

Une forme infiltrée : tumeur peu saillante, mais la lèvre est profondément infiltrée, dure, blindée. Dans certains cas, le sclérose de la lèvre domine et le processus peut aboutir à un véritable état squirreux avec rétraction de la lèvre. (Fig. II).

Une forme ulcéreuse (Fig. III). A un dernier degré, peut être rongeante. La lèvre est entièrement détruite et laisse à sa place une vaste encoche qui découvre les dents.

Une forme exubérante : la lèvre forme une tumeur plus ou moins volumineuse, bourgeonnante, saignante. (Fig. V et VII).

Il existe en outre une forme un peu spéciale : la forme commissurale, tantôt due à un cancer primitif, tantôt due à un cancer propagé : ce sont des tumeurs

peu exubérantes, fendillées ou largement fendues d'avant en arrière. Les bords de la fente sont épaissis et rigides, l'ulcération prend un aspect en charnière. Ces cancers sont douloureux. Nous les éliminerons de notre travail car ils ont tendance à envahir la muqueuse jugale et à partir de ce moment, ils partagent la gravité des épithéliomas de la joue dont le pronostic est beaucoup plus grave que celui qui nous occupe ainsi que le montre le travail récemment publié par le professeur Gosset et le Docteur E. Wallon.

Extension. — Laisée à elle-même, la tumeur s'étendra peu à peu et gagnera les gouttières gingivales et maxillaires. Une extension particulièrement sérieuse est celle qui se fait vers la gencive car elle pourra entraîner lors du traitement des complications osseuses.

Adénopathie. — Très précocement quelquefois il y a envahissement des lymphatiques et apparition d'une adénopathie dont l'importance, nous le verrons, est très grande car elle complique infiniment le pronostic. Cette adénopathie peut coïncider avec une tumeur primaire très petite ou peut même apparaître avec la cicatrisation complète de la tumeur labiale. À côté de cela, certaines volumineuses tumeurs très végétantes ne présentent jamais de ganglions.

Cette adénopathie a le plus souvent les caractères de l'adénopathie néoplasique à ganglions durs mais parfois il s'y ajoute un élément inflammatoire. Ces gan-

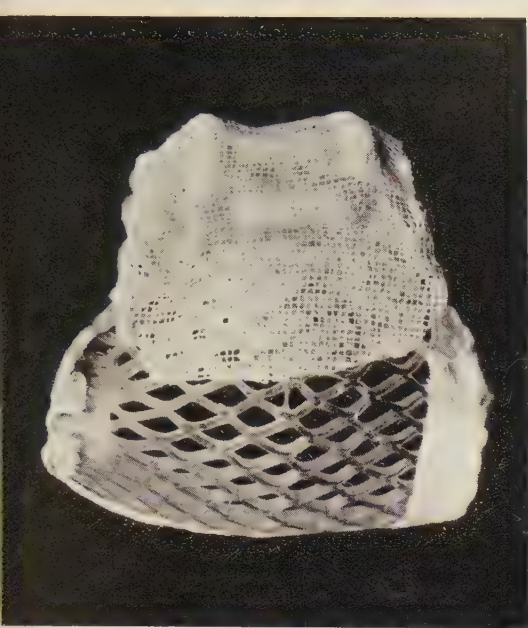


Fig. I

Appareil en nidrose moulé.

La partie inférieure de l'appareil repose sur le menton.

La partie supérieure se recourbe en crochet sur le bord libre de la lèvre et supporte les foyers de radium.

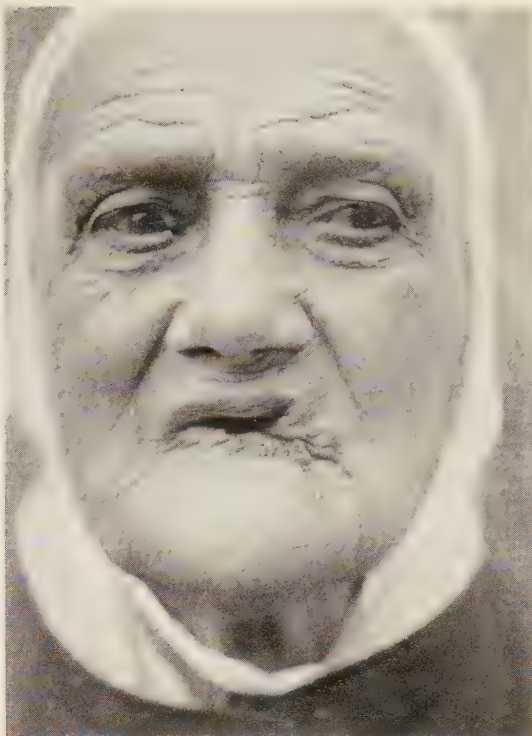


Fig. II

Cancer de la lèvre inférieure forme infiltrante à type squirrheux.

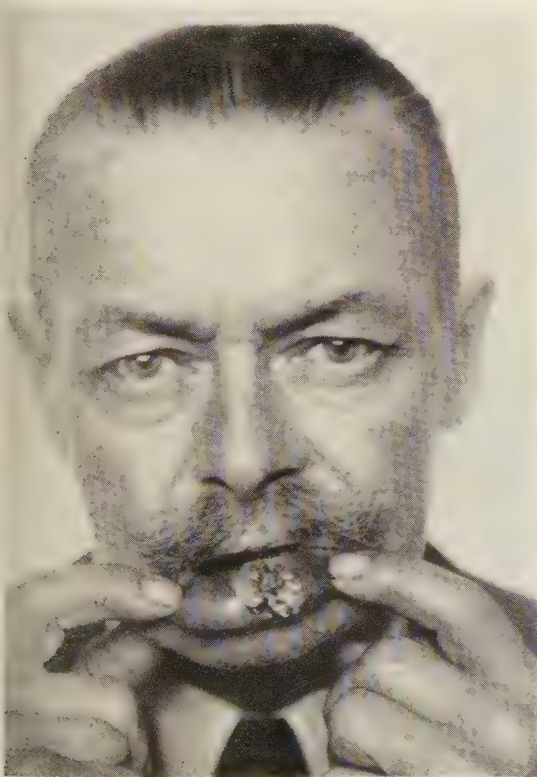


Fig. III

Cancer ulcéreux en cratère occupant le bord libre et la face muqueuse. La lèvre est mobile.

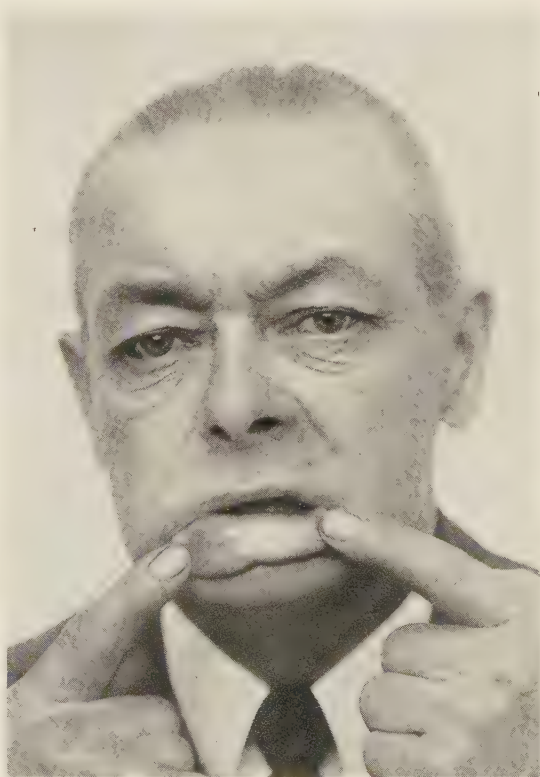


Fig. IV

Traitement par Curiethérapie de surface avec un appareil en nidrose.

glions deviennent volumineux, s'entourent d'une gangue de périadénite qui les soude les uns aux autres. Ils peuvent se ramollir, devenir fluctuants et ont tendance à gagner la peau qui rougit et finit par s'ulcérer créant des fistules qui précipitent la cachexie du malade.

Cliniquement, il est difficile de déterminer la nature de ces ganglions ; seul un examen histologique pourra déterminer s'il s'agit d'une adénopathie néoplasique, d'une adénopathie inflammatoire ou d'une adénopathie mixte.

Cette infection secondaire, due à la septicité buccale, assombrir le pronostic : d'une part, l'exérèse chirurgicale devient impossible, et d'autre part, l'expérience a montré que les radiations avaient une efficacité beaucoup moindre.

A ce stade qui est rarement atteint car sur la lèvre on est appelé à intervenir précocement, apparaissent des signes fonctionnels et généraux absents jusqu'alors : douleurs constantes et atroces ; salivation abondante, gêne de l'alimentation, odeur repoussante de la plaie.

Peu à peu, la cachexie s'installe et le malade est emporté soit par des hémorragies répétées, soit par une affection intercurrente.

Diagnostic. — Il est en général facile. Pratiquement, toute ulcération de la lèvre qui dure doit être considérée comme un cancer. Avant l'ulcération, on élimine facilement :

L'angiome qui présente une coloration spéciale et que l'on décolore en le comprimant avec les doigts ;

Le fibrome : rare, dur, bien limité, la muqueuse reste intacte, pas de ganglions ;

Le sarcome : très rare, profond, de consistance plus molle.

Après l'ulcération, il faut éliminer le chancre syphilitique ou la syphilis gommeuse. La réaction de B. W. enlèvera les doutes.

Dans tous les cas, on pratiquera une biopsie faite de préférence au bistouri électrique, qui confirmera le diagnostic et précisera la nature histologique de la tumeur.

TRAITEMENT

Le traitement du cancer des lèvres comprend deux problèmes différents :

1° Le traitement de la lésion primaire.

2° Le traitement des ganglions.

I. — TRAITEMENT DE LA LÉSION PRIMAIRE

La tumeur de la lèvre est essentiellement du domaine de la curiethérapie, mais deux techniques sont possibles :

La radiumpuncture qui consiste à implanter des aiguilles de radium dans la zone envahie.

La curiethérapie de surface qui consiste à placer les tubes de radium sur un support spécial en regard de la lésion à traiter.

Indications. — Nous allons préciser les indications de l'une et l'autre de ces techniques.

La radiumpuncture est indiquée dans les formes bourgeonnantes et les infiltrations épaisses immobilisant la lèvre.

La curiethérapie de surface trouve au contraire ses indications dans les cancers peu saillants, dans ceux où la mobilité de la lèvre est conservée, dans les cas où la lèvre est mince comme il arrive souvent chez les vieillards amaigris.

Il est nécessaire d'étudier le problème d'un peu plus près pour donner les raisons de ce choix.

La Radiumpuncture utilise des aiguilles qui forcément ne peuvent pas dépasser un certain calibre. Il en résulte que le rayonnement qu'elles émettent est un rayonnement peu filtré (peu pénétrant par conséquent). Ces aiguilles devront être réparties dans la masse de façon à donner un rayonnement homogène pour qu'aucun point n'échappe à l'action des radiations. Ce sera le procédé le plus pratique pour atteindre une grosse masse bourgeonnante ou des infiltrations diffuses que l'on pourra poursuivre efficacement. (Fig. VII, VIII).

La Curiethérapie de surface obéit à d'autres règles et chaque fois qu'elle sera applicable, il ne faudra pas hésiter à la mettre en œuvre. En effet, elle utilise des tubes de radium qui peuvent être gros et comporter par conséquent une gaine filtrante épaisse. Ainsi le rayon-

nément émis sera très pénétrant, très électif. Il y a donc intérêt à les employer puisque ainsi on aura une action élective sur le cancer, c'est-à-dire qu'on respectera les tissus normaux et qu'ainsi on aura un résultat plus parfait avec le minimum de cicatrices. Les lèvres minces devront être traitées par ce procédé qui permet d'éviter la perforation ou tout au moins une déformation inesthétique que ne manquerait pas de donner une aiguille dont le rayonnement est moins électif. Une lèvre encore mobile portant une tumeur limitée sera justifiable d'un tel traitement qui ne donnera pour ainsi dire pas de cicatrice. (Fig. III et V).

APPLICATION DU TRAITEMENT. — *Soins préparatoires* : Comme aux deux méthodes, désinfection de la cavité buccale, soins des dents.

1° RADIUMPUNCTURE

Matériel : a) Les aiguilles utilisées à La Salpêtrière sont de deux sortes :

Aiguilles courtes :

Longueur, 27 mm.

Diamètre, 1,5 mm.

Filtration : 0,5 mm. de platine.

Charge, 1 mmg. 33 (10 microcuries-heure).

Aiguilles longues :

Longueur, 43 mm.

Diamètre, 1,5 mm.

Filtration : 0,5 mm. de platine.

Charge, 2 mmg. 66 (20 microcuries-heure).

A l'extrémité opposée à la pointe, elles présentent un chas où sera attaché le fil de fixation.

b) Une pince porte-aiguilles présentant des cannelures destinées à maintenir solidement l'aiguille.

c) Un poussoir pour enfoncer complètement l'aiguille dans les tissus.

Technique : L'introduction des aiguilles sera précédée d'une anesthésie locale à la novocaïne à 1 0/0 qui sera surtout périphérique pour éviter des ensemencements. Les aiguilles seront prises avec la pince spéciale et enfoncée de préférence de la périphérie de la tumeur vers le centre parallèlement les unes aux autres en s'arrangeant pour qu'elles soient opposées deux à deux. De cette façon, elles seront facilement maintenues en place en liant les fils par dessus la tumeur.

Une compresse et un pansement adhésif isoleront la tumeur ainsi traitée.

Durée : Les aiguilles seront laissées en place une huitaine de jours. Une irradiation de longue durée a été en effet reconnue nécessaire dans le traitement des cancers spinocellulaires.

L'enlèvement des aiguilles sera des plus simples, il suffira de couper les fils, ce qui libérera immédiatement les aiguilles.

2° CURIETHÉRAPIE DE SURFACE

Matériel : a) Des tubes de radium.

Dimension : 13 mm.

Charge : 3,33 mmg. (25 microcuries-heure).

Filtration : la paroi du tube est complétée par une gaine d'or. La filtration du tube et de l'étui correspond à une filtration de 2 mm. de platine. Le tube est enfin entouré d'une mince feuille d'aluminium qui arrêtera le rayonnement secondaire du filtre d'or.

b) Support moulé : le support sera moulé autour de la région sur laquelle il prendra point d'appui : la lèvre sera entourée par l'appareil qui portera à son niveau des tubes de radium.

Au début, nous employons la pâte Columbia mise au point à l'Institut du Radium (fondation Curie). Cette substance à base de cire était ramollie dans l'eau chaude puis moulée sur la région. Elle devenait ferme par refroidissement et constituait ainsi un appareil porte-radium satisfaisant.

Depuis, nous employons une autre substance qui est à base de cellulose, la Nidrose qui présente à notre avis de grands avantages :

Elle est légère, ajourée, ce qui évite ainsi la macération des téguments sous une surface imperméable, plus rigide, indéformable à la température habituelle. Ces trois caractères s'opposent à ceux de la pâte Colum-

bia, qui forme une masse beaucoup plus lourde complètement imperméable, déformable à une température plus basse.

La préparation de l'appareil se fait à l'aide d'une plaque chauffante atteignant une température voisine de 100°. La manipulation demande l'emploi de gants et oblige à recouvrir la lèvre d'un tissu de laine pour éviter sa brûlure. Le moulage étant fait, l'appareil présente une partie inférieure qui se moule sur la partie médiane de l'arc du maxillaire, formant un solide point d'appui. La partie supérieure est recourbée en crochet autour de la partie libre de la lèvre. (Voir Fig. 1). Il faut maintenir la lèvre écartée du maxillaire pour éviter que le rayonnement ne vienne atteindre l'os et les racines dentaires. Il est bon également de séparer la lèvre opposée par un bourrelet de compresses pour lui épargner une réaction trop vive. Les tubes de radium sont disposés sur le support en regard de la lésion de telle sorte que l'irradiation déborde la tumeur d'au moins 1 cm. Ils sont fixés à l'aide d'une tarlatane et de colle spéciale. L'appareil est mis en place et maintenu par des bandes adhésives et peut être enlevé au moment des repas ainsi que pour le nettoyage de la plaie.

Durée : L'application est de 8 jours environ. La dose est de 1 à 2 mcd. par cm².

Suite du Traitement : Le traitement une fois terminé, on assiste peu à peu à une régression de la

tumeur. Il se développe une réaction spéciale aboutissant à la chute de l'épiderme de toute la région traitée : cette réaction indique que la dose a été suffisante : c'est ce que Regaud a appelé la « dose épidermicide ». La réparation se fera progressivement et sera complète dans un délai variant de 1 à 2 mois suivant l'étendue de la tumeur.

II. — TRAITEMENT DES GANGLIONS

Le problème du traitement de l'adénopathie est assez complexe, car il est souvent difficile de savoir si l'on se trouve en présence de ganglions purement inflammatoires ou de ganglions néoplasiques.

En effet, comme nous l'avons déjà dit, les caractères cliniques sont très trompeurs, et seul l'examen histologique pourrait trancher la question.

Pratiquement, au Centre anti-cancéreux de la Salpêtrière, nous n'avons pas de conduite systématique :

1° En présence de ganglions de caractère néoplasique, durs, volumineux, nous pratiquons une exérèse aussi large que possible et avec toutes les précautions voulues pour éviter un essaimage.

A ce moment, on procède à un examen histologique :

Si les ganglions se montrent seulement inflammatoires, le traitement s'en tient là.

Si la lésion néoplasique est confirmée, la région est soumise à une irradiation par radium. Elle se fait à

l'aide d'un appareil en nidrose moulé sur la région sous-maxillaire et cervicale.

2° En présence de ganglions non suspects de lésion néoplasique, nous mettons le malade en surveillance. Ainsi nous ne faisons pas le curage systématique des ganglions qui est toujours une grosse intervention que l'on ne doit pas infliger au malade, sauf en cas de nécessité absolue.

Evidemment cette manière de faire présenter certains risques, car les malades se surveillent mal et négligent de venir se soumettre à un examen régulier du médecin. Il arrive souvent que malgré les recommandations, ces derniers ne viennent à la consultation que porteurs d'un ganglion déjà inopérable et à ce sujet nous ne saurions trop insister sur l'utilité d'une propagande intensive pour éclairer davantage le malade sur la nécessité d'un examen et d'un diagnostic précoce qui permettent d'obtenir des résultats parfaits.

Un cancer des lèvres qui est encore localisé est pour ainsi dire toujours guéri dans d'excellentes conditions.

COMPLICATIONS

Un premier groupe de complications peut être rangé dans le cadre des réactions du traitement.

Il peut y avoir :

Un œdème de la lèvre, généralement modéré et transitoire.

Une réaction étendue à la lèvre supérieure qui n'a pu échapper complètement à une irradiation intense nécessitée par le traitement d'une tumeur volumineuse.

Des hémorragies qui pourraient être dues à l'ulcération d'une artère labiale. Pour notre part, nous n'avons jamais eu à observer d'hémorragie importante.

Une atteinte des dents (incisives et canines) qui peut se voir dans les cas de cancer étendu à la gencive. Il y aurait eu lieu de faire précéder le traitement de l'extraction des dents en mauvais état.

Une radionécrose qui se verra exclusivement à la suite de l'extension du néoplasme aux gencives.

Un second groupe de complications comprendra les récidives.

La récidive locale est rare.

La récidive ganglionnaire est celle qui est le plus à craindre : nous avons vu précédemment de quelle gravité était cette complication et combien elle assombrissait le pronostic.

OBSERVATIONS

Nous publions ici vingt-quatre observations de malades atteints de cancers des lèvres. Elles ont été recueillies au centre anti-cancéreux de la Salpêtrière dans le Service de curiethérapie dirigé par le Docteur Wallon.

Dans les quatre premiers cas, la lèvre supérieure est intéressée ; dans les autres, la lèvre inférieure.

Le nombre de ces observations est bien faible pour nous permettre d'établir une statistique. Nous nous contenterons d'exposer les résultats.

OBSERVATION I (LÈVRE SUPÉRIEURE)

V... Cécile, 38 ans, entrée le 16 juin 1924.

Début. — Remonte en 1919.

Examen. — Tumeur siégeant à 1,5 cm. au-dessus de la commissure labiale gauche ; la peau est rouge et tendue. Pas de ganglions sous-maxillaires caractéristiques.

Biopsie. — Epithélioma basocellulaire.

Traitement. — Du 19 au 26 juin 1924, curiethérapie par radiumpuncture.

6 aiguilles de 10 millicuries-heure posées sous anesthésie locale. 10 millicuries détruits (mcd.) en 7 jours.

Le 18 juillet 1924, tumeur encore assez volumineuse.

Le 17 novembre 1924, tumeur en état net de régression.

La malade est perdue de vue par la suite.

En résumé, épithélioma d'un type spécial infiltrant la lèvre supérieure sans ulcérer la peau.

OBSERVATION II (LÈVRE SUPÉRIEURE)

C... Emile, 45 ans, entré le 19 avril 1927.

Début. — Epithélioma de la lèvre supérieure constituant une récurrence survenant trois mois après un néoplasme du pli nasogénien, traité du 19 avril au 28 avril 1927 par un appareil de surface. Cette récurrence est survenue à la suite d'une poussée de folliculite de la lèvre supérieure.

Examen. — Ulcération à contours irréguliers de 2 cm. sur 3, peu creusante présentant une disposition en cuvette à bords surélevés.

Biopsie. — Epithélioma spinocellulaire.

Traitement. — Du 26 juillet au 3 août 1927.

Curiothérapie par appareil de surface en pâte Columbia recourbé en crochet et entourant la lèvre inférieure.

Surface radiante : 12 cm².

Distance focale : 0,5 cm.

Dose : 18,75 mcd. en 8 jours (1,56 mcd. par cm²).

Suite du traitement. — Cicatrisation complète de la lèvre en août. Le malade se plaint de picotements et d'irritation du nez. On constate un état inflammatoire de la région ethmoïdo-nasale avec écoulement purulent. Céphalée violente.

Le 3 février 1928, l'ethmoïdite continue et détermine des excoriations et du sycosis de la lèvre supérieure.

Le 22 avril 1928, les phénomènes inflammatoires du nez sont en régression. La céphalée a disparu.

Au début d'octobre 1928, la lèvre supérieure présente une ulcération à caractère suspect. Une biopsie pratiquée à ce moment, montre un épithélioma lobulé à globes épidermiques.

Deuxième traitement. — Du 10 au 13 octobre 1928, curiethérapie par appareil de surface moulé en pâte Columbia.

Surface radiante : 13 cm².

Distance focale : 1 cm.

Dose : 26,55 mcd. en 3 jours (2 mcd. par cm²).

La cicatrisation de la lèvre est lente et donne facilement une cicatrice légèrement déprimée parcourue par de petites télangectasies.

Le 7 mars 1933, la guérison se maintient toujours.

OBSERVATION III

(LÈVRE SUPÉRIEURE)

H... Jules, 57 ans, entré le 15 mai 1931.

Examen. — Tumeur ulcérée de la lèvre supérieure à gauche de la ligne médiane de la dimension d'une pièce d'un

franc, dure : disque inclus dans la lèvre. Surface ulcérée, bords irréguliers. A la partie supérieure, il existe un prolongement qui pénètre dans la narine gauche, le bord libre est respecté.

Biopsie. — Epithélioma spinocellulaire avec tendance à la lobulation.

Traitement. — Du 15 mai au 22 mai 1931. Curiéthérapie par appareil de surface en pâte Columbia.

Surface radiante : 4,5 cm².

Distance focale : 5 mm.

Dose : 23,4 mcd. en 7 jours.

Le 30 mai 1931, réaction vive.

Le 20 novembre 1932, fissure nasogénienne sur base indurée.

Traitement de désinfection. Evolution vers la cicatrisation.

Le 22 novembre 1932, l'ulcération s'est agrandie et prend un caractère creusant, entourée d'un bourrelet dur. On fait une nouvelle application de radium.

Le 26 novembre 1932, pose d'un tube de radium de 50 millicuries-heure dans le sillon nasogénien.

Dose : 8,40 mcd.

Distance : 0,5 cm.

Le 13 janvier 1933, cicatrisation presque complète.

Le 12 avril 1933, petite ulcération limitée au sillon, d'aspect atone, prurigineux.

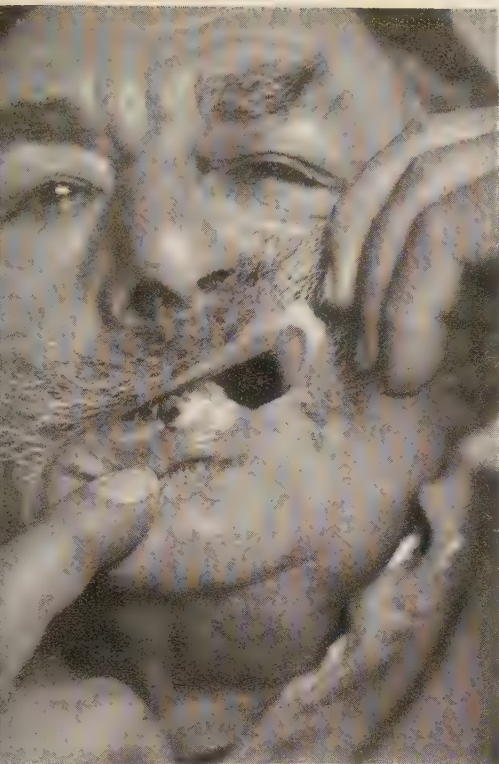


Fig. V

Tumeur bourgeonnante et limitée du bord libre de la lèvre.

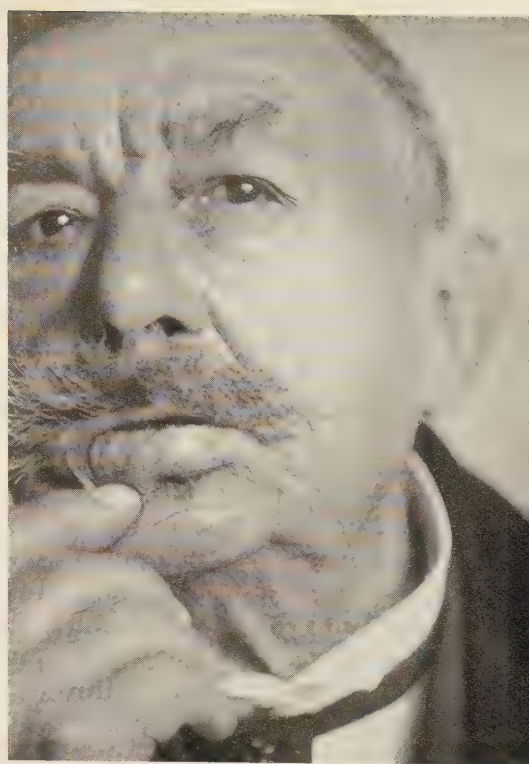


Fig. VI

Traitement par Curiéthérapie de surface avec un appareil en nidrose moulé.



Fig. VII

Lèvre envahie en masse par une tumeur bourgeonnante.

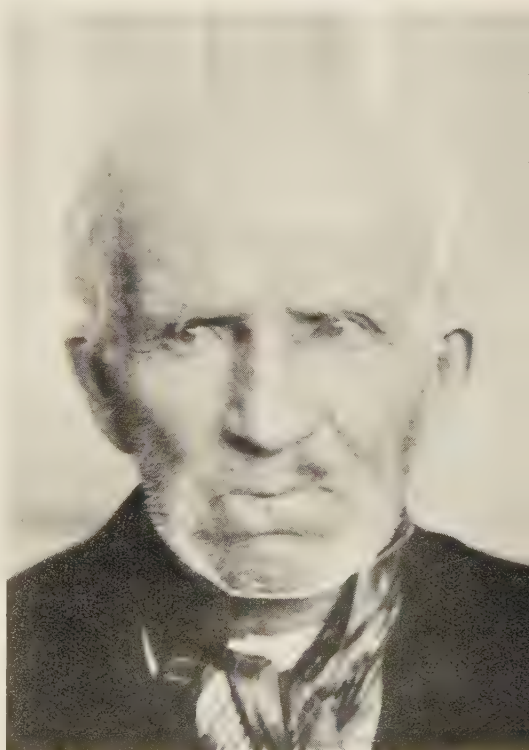


Fig. VIII

Traitement par radiumpuncture.

Le 9 juin 1933, ulcération atone non bourgeonnante, avec fissure qui décolle l'aile du nez.

Le 11 juillet 1933, résection de la région suspecte.

Actuellement bon état.

OBSERVATION IV

(LÈVRE SUPÉRIEURE)

S... Louis, 44 ans, entré le 21 décembre 1932.

Début. — Il y a un an, par l'apparition d'une petite saillie au voisinage du sillon nasogénien.

Examen. — Ulcération bourgeonnante de la partie antéro-supérieure de la lèvre supérieure au voisinage du sillon nasogénien gauche, de forme arrondie et de 15 mm. de diamètre.

Biopsie. — Epithélioma basocellulaire.

Traitement. — Le 29 décembre 1932. Curiethérapie par appareil de surface formé d'une lame de plomb doublé d'une lame de caoutchouc.

Surface radiante : 2,25 cm².

Distance focale : 7 mm.

Dose : 8,40 mcd. en 7 jours (3 mcd. par cm²).

Le malade est perdu de vue par la suite.

OBSERVATION V

(LÈVRE INFÉRIEURE)

M... Léon, 52 ans, entré le 6 octobre 1924.

Examen. — Ulcération de la moitié gauche de la lèvre inférieure. Le bord libre de la lèvre présente une ulcération orientée transversalement, de forme ovalaire, à fond irré-

gulier, bourgeonnant, saignant. Elle repose sur une tumeur infiltrant la lèvre qui reste mobile. Dans l'ensemble, elle affecte une disposition en plateau dont la surface est creusée en cratère.

Longueur : 25 mm.

Largeur : 20 mm.

Epaisseur : 5 mm.

Ganglions sous-maxillaires durs, mobiles, du volume d'une noisette.

Traitement. — En deux temps.

1° Lèvre et région sous-mentale ;

2° Région sous-maxillaire et cervicale.

Appareils de surface en pâte Columbia moulée sur la région.

1° Lèvre et région sous-mentale.

Du 8 au 20 octobre 1924.

Surface radiante : 84 cm².

Distance focale : 2 cm.

Dose : 107,50 mcd. en 12 jours (1,20 mcd. par cm²).

2° Région sous-maxillaire et cervicale.

Du 23 octobre au 6 novembre 1924.

Surface radiante : 160 cm².

Distance focale : 4 cm.

Dose : 217 mcd. en 14 jours (1,35 mcd. par cm²).

Le traitement a été très énergique et a duré en somme près d'un mois.

Le 12 novembre 1924, poussée de folliculite à la région sous-maxillaire consécutive à l'application du radium. La chute de l'épiderme commence à se manifester au centre. Alimentation difficile. Malade très amaigri. Pansement local au glycéro-amidon boriqué.

Le 5 décembre 1924, bon état général. La lèvre est cicatrisée. Il ne persiste plus qu'une petite radium-réaction très limitée. Folliculite à la région sous-maxillaire. Ganglions disparus.

Le 6 février 1925, état parfait : cicatrisation complète, ganglions sous-maxillaires disparus. Le malade paraît guéri. Il ne persiste qu'un engourdissement de la lèvre, la cicatrice est légèrement blanchâtre.

Le 10 mars 1933, la guérison se maintient.

En résumé, traitement énergique uniquement curiethérapique, tant pour la lèvre que pour les ganglions. L'examen histologique des ganglions n'a pu être fait, mais cliniquement, ils paraissaient néoplasiques.

OBSERVATION VI

(LÈVRE INFÉRIEURE)

P... Louis, 58 ans, entrée le 25 septembre 1924.

Début. — En avril 1924, par une ulcération de la lèvre.

Antécédents. — Syphilis ignorée, mais vraisemblable, accidents multiples.

Gros fumeur : pipe, cigare, tenus surtout du côté droit.

Leucoplasie étendue, surtout marquée à la commissure de la joue droite et la face dorsale de la langue.

Depuis juillet 1924, gêne douloureuse dans l'alimentation, salivation, élancements intermittents dans l'oreille, amaigrissement, 4 à 5 kilos en deux mois.

Examen. — Ulcération de la dimension d'une pièce d'un franc située dans la moitié droite de la lèvre inférieure ne dépassant pas en avant le bord cutanéomuqueux, en arrière n'atteignant pas le sillon gengivo-labial. Fond inégal, bords non décollés, base épaissie et dure, sensibilité très vive à l'examen.

Adénopathie sous-maxillaire bi-latérale.

Septicité de la bouche très accentuée qui nécessite une désinfection préalable.

Traitement anti-spécifique : néosalvarsan intraveineux.

Traitement. — 1° Curiethérapie par radiumpuncture du 2 au 10 octobre 1924.

5 aiguilles de 10 mch.

2 aiguilles de 20 mch.

Dose : 17,20 mcd.

La radiumpuncture a été faite sous-anesthésie au somnifère intraveineux. Réaction œdémateuse de la lèvre.

2° Le 4 décembre 1924, curage ganglionnaire intéressant la glande sous-maxillaire, les ganglions jugulaires et les ganglions sous-maxillaires. L'examen histologique de la glande sous-maxillaire ne montre pas d'éléments néoplasiques, celui des ganglions jugulaires et sous-maxillaires montre des travées d'épithéliomas tubulés.

Le 26 décembre 1924, la lèvre est complètement cicatrisée. Il persiste une dépression cicatricielle assez accen-

tuée. La lèvre a une consistance scléreuse diminuée d'épaisseur. Fistule au niveau du cou par où s'écoule de la lymphe. Existence, à gauche, d'un ganglion sous-maxillaire mobile, du volume d'une amande.

Le 5 janvier 1925, le malade revient. Il présente un œdème de la face qui s'étend de la paupière droite à la lèvre, et masque en partie l'œil. Il présente, en outre, du côté opéré, une grosse infiltration diffuse occupant toute la région sous-maxillaire et sous-mentale, volumineux ganglions derrière l'angle droit de la mâchoire ; la fistule a fait place à une large ulcération bourgeonnante entourée de petits nodules durs qui atteint secondairement la lèvre. Il y a récurrence. Le malade meurt le 9 février 1925.

En résumé, tumeur de la lèvre avec adénopathie néoplasique. La lèvre a été guérie, la récurrence s'est faite au niveau du ganglion.

OBSERVATION VII

(LÈVRE INFÉRIEURE)

S... Augustine, 86 ans, entrée le 19 octobre 1925.

Début. — En février 1925, par une ulcération qui va en s'accroissant.

Examen. — Ulcération reposant sur une lèvre rétractée et amincie rappelant un squirrhe atrophique infiltrant la lèvre inférieure dans sa totalité. (Fig. II). Celle-ci est dure, soudée en arrière au maxillaire inférieur. Infiltration de 42 mm. sur 32 mm. Ulcération de 2 cm. sur 1,5 cm. Pas d'adénopathie.

Traitement. — Curiethérapie par appareil de surface formé d'une lame de caoutchouc mousse supportant les foyers de radium collés par une bande adhésive.

Surface radiante : 21 cm².

Distance focale : 1 cm.

Dose : 35,70 mcd. en 10 jours (1,7 mcd. par cm²).

Suite du traitement. — Cicatrisation de la lèvre. La malade, très âgée, meurt chez elle d'une affection intercurrente.

OBSERVATION VIII

(LÈVRE INFÉRIEURE)

C... Pierre, 67 ans, entré le 23 octobre 1925.

Début. — En mars 1925, à la suite d'un coup de rasoir, apparition d'une ulcération bourgeonnante sur la lèvre inférieure.

Examen. — Lèvre inférieure infiltrée dans presque toute son étendue, surface irrégulière d'une consistance dure, ligneuse. Le maximum des lésions siège aux deux extrémités au voisinage des commissures.

Dimensions : 4 ou 5 cm. de long.

2,5 cm. de haut.

1,5 cm. d'épaisseur.

L'ulcération n'existe qu'aux deux points extrêmes et saigne facilement.

Petits ganglions à droite, sur la face externe de la branche horizontale. Un ganglion sous-maxillaire droit du volume d'une noisette. Rien à gauche.

Biopsie. — Epithélioma lobulé à globes épidermiques.

Traitement. — Du 24 octobre au 2 novembre 1925.
Curiethérapie par appareil de surface en pâte Columbia,
entourant la lèvre inférieure.

Surface radiante : 20 cm².

Distance focale : 0,7 cm.

Dose : 32,40 mcd. en 9 jours (1,6 mcd. par cm²).

Une lame de plomb de 1 mm. protège la lèvre supérieure.

Le 19 novembre 1925, réaction vive étendue aux deux lèvres et atteignant les commissures dont l'épiderme est complètement tombé avec œdème de la lèvre.

Le 18 décembre 1925, la réaction se calme. Il persiste encore aux deux lèvres une érosion plus limitée.

Evolution satisfaisante en somme.

Le 25 mai 1927, le malade est revu en très bon état, la lèvre est souple, la face muqueuse présente une érosion due, sans doute, au frottement d'appareils de prothèse.

Le 6 décembre 1928, le malade est toujours en excellent état.

En novembre 1930, le malade meurt d'une affection prostatique.

En résumé, la cicatrisation de la lèvre a amené la régression spontanée de ganglions qui étaient, sans doute, de nature inflammatoire.

OBSERVATION IX

(LÈVRE INFÉRIEURE)

V... Eugène, 62 ans, entré le 19 février 1926.

Début. — Le début remonte à 1923, sous forme d'une excoriation de la lèvre qui, peu à peu, s'est entourée d'un bourrelet.

Examen. — Ulcération en plateau, sur base infiltrée et dure, occupant la moitié droite de la lèvre inférieure. Bords surélevés, taille d'une lentille. Pas de ganglions.

Biopsie. — Epithélioma spinocellulaire à globes cornés.

Traitement. — Du 10 au 25 mars 1926. Curiethérapie par appareil de surface en pâte Columbia moulé sur la région. Surface radiante : 18 cm².

Distance focale : 0,7 cm.

Dose : 45 mcd. en 15 jours (1,3 mcd. par cm²).

Le 27 mai 1926, régression progressive. La lèvre est encore un peu épaisse. Il existe une érosion superficielle recouverte d'une petite croutelle sanguine de 1,5 cm². Pas de ganglions.

Le 19 novembre 1932, le malade est revu en excellent état.

OBSERVATION X

(LÈVRE INFÉRIEURE)

B... Gilbert, 41 ans, entré le 11 janvier 1927.

Début. — Plaque de leucoplasie qui, depuis quelques mois, s'est ulcérée et indurée.

Examen. — Petite ulcération siégeant à la partie moyenne de la lèvre inférieure, face muqueuse, noyau très limité d'infiltration (5 mm. de diamètre).

Réaction ganglionnaire modérée, mais suspecte.

Biopsie. — Epithélioma basocellulaire.

Traitement. — Du 11 au 18 janvier 1927. Curiethérapie par appareil de surface en pâte Columbia moulé sur la région.

Surface radiante : 14 cm².

Distance focale : 0,7 cm.

Dose : 22 mcd. en 7 jours (1,5 mcd. par cm²).

Le 25 novembre 1927, bon état général et local. Adénopathie sous-maxillaire droite très discrète. Petit ganglion du volume d'un pois.

Le 21 mars 1930, petit ganglion sous-maxillaire peut-être en rapport avec l'état dentaire.

Le 8 juillet 1932, le malade est revu en bon état.

En résumé, état général et local satisfaisant, les ganglions restent petits.

OBSERVATION XI

(LÈVRE INFÉRIEURE)

G... Privat, 80 ans, entré le 7 avril 1927.

Début. — Il y a six mois, par un bourgeon de la lèvre inférieure qui s'accroît notablement depuis trois mois.

Antécédents : Chancre à la pointe de la langue il y a 58 ans.

Syphilis traitée.

Examen. — Tumeur bourgeonnante en chou-fleur occupant les 3/4 de la lèvre inférieure qui a gardé sa mobilité. Il s'agit d'une tumeur plus exubérante qu'infiltrante, saignant au moindre contact ; la pression, même légère, détermine

l'issue de vermiothes. Tumeur infectée et douloureuse, ganglions sous-maxillaires gauches augmentés de volume légèrement douloureux ; un ganglion sous-mental. Légère douleur au sinus maxillaire. Asthénie profonde, un peu d'anorexie, amaigrissement, céphalée, température. (*Fig. VII*).

Dimensions : 45 mm. transversalement.

27 mm. verticalement.

20 mm. d'épaisseur.

Traitement. — Du 12 au 21 avril 1927. Curiethérapie par radiumpuncture.

2 aiguilles de 10 mch.

2 aiguilles de 20 mch.

Dose : 11 mcd. en 9 jours.

Le 18 juin 1927, cicatrisation complète. (*Fig. VIII*).

OBSERVATION XII

(LÈVRE INFÉRIEURE)

G., Eugène, 54 ans, entré le 23 mai 1927.

Début. — En décembre 1926, par un bourgeon.

Antécédents. — Syphilis ; fumeur ; leucoplasie.

Examen. — Ulcération de la lèvre inférieure sur la moitié gauche du bord libre reposant sur une tumeur infiltrant la lèvre.

Dimensions : 24 mm. de long sur 20 de large.

Aspect anfractueux, surface nécrotique, bords surélevés.

Adénopathie bilatérale : petits ganglions mobiles sans caractère spécifique.

Biopsie. — Epithélioma lobulé à globes épidermiques.

Traitement. — Du 4 au 13 juin 1927, par appareil de surface moulé sur la région.

Surface radiante : 31 cm².

Distance focale : 1 cm.

Dose : 27 mcd. (1 mcd. environ par cm²).

La lèvre supérieure a été protégée par un écran de plomb de 1 mm.

Le 14 octobre 1927, cicatrisation parfaite de la lèvre qui ne présente qu'une dépression cicatricielle souple. La malade est revu en excellent état en novembre 1927.

Le 7 mai 1928, le malade revient portant une vaste ulcération occupant la joue gauche et dénudant en partie le maxillaire inférieur. Les limites de l'ulcération sont en haut, une horizontale passant par la commissure, en avant le quart gauche de la lèvre, en bas le bord du maxillaire, en arrière l'angle de la mâchoire. La joue est complètement effondrée et présente une vaste brèche qui met en communication la cavité buccale avec l'extérieur. Largeur : 10 cm. sur 6,5 cm.; profondeur, 5 cm.

Deuxième traitement. — Appareil moulé en pâte Columbia.

Surface radiante : 260 cm².

Distance focale : 4 cm.

Dose : 270 mcd. par cm² (1 mcd. par cm² environ).

Le 29 juin 1928, la région est nettoyée. La nécrose du fond d'ulcération est rose.

Le 29 septembre 1928, cicatrisation complète de la joue. Mais, il persiste une brèche. Il y aura lieu de réparer par autoplastie.

En novembre 1928, le malade est revu avec un état général médiocre. Peu à peu, se développe une cachexie progressive. La joue reste guérie. Il doit exister une métastase viscérale, d'ailleurs non précisée qui, par ses progrès, amène la mort le 5 janvier 1929.

En résumé, cancer de la lèvre compliqué d'adénopathie. Après la cicatrisation de la lèvre, le malade, par négligence, ne s'est présenté que six mois après avec une volumineuse adénopathie ulcérée qui a pu, malgré son étendue, être cicatrisée par curiethérapie de surface.

Mort par métastase probable.

OBSERVATION XIII

(LÈVRE INFÉRIEURE)

V... Auguste, 71 ans, entré le 18 mai 1928.

Début. — Il y a trois mois, par une saillie rouge non indurée, légèrement douloureuse. L'extirpation de l'érosion au bistouri est suivie 15 jours après d'une récidence.

Examen. — Erosion ovale, lisse, sans bords nets, rougeâtre siégeant sur le bord antérieur de la lèvre inférieure. Pas de réaction ganglionnaire.

Biopsie. — Epithélioma spinocellulaire très infecté et nécrotique.

Traitement. — Du 21 au 27 mai 1928. Curithérapie par appareil de surface en pâte Columbia moulé sur la région.

Surface radiante : 15 cm².

Distance focale : 1 cm.

Dose : 33,20 mcd. en 6 jours (2 mcd. par cm² environ).

Le 18 juin 1929, le malade est revu en bon état.

Le 12 novembre 1932, le malade âgé de 75 ans meurt de pneumonie.

OBSERVATION XIV

(LÈVRE INFÉRIEURE)

B... Emilien, 72 ans, entré le 17 avril 1929.

Début. — Il y a trois ans par une petite saillie saignante qui récidive après ablation chirurgicale sur une surface leucoplasique occupant une grande partie de la lèvre.

Examen. — Tumeur du volume d'une fève, très bourgeonnante, insérée sur le bord libre de la face muqueuse de la lèvre, non infiltrée et qui se laisse déplier. (Fig. v).

Dimensions : 24 mm. sur 15 mm.

Hauteur : 13 mm.

Ganglions sous-maxillaires bi-latéraux.

Traitement. — Du 20 au 28 avril 1929. Curiethérapie par appareil de surface en pâte Columbia moulé sur la région.

Surface radiante : 7,5 cm².

Distance focale : 0,5.

Dose : 14,70 mcd. en 8 jours (2 mcd. par cm²).

Le 7 juin 1929, cicatrisation en bonne voie. Ganglions stationnaires.

Le 17 janvier 1930, lèvre cicatrisée. Un point plus dur dans la cicatrice. Ganglion petit non suspect.

Le 20 février 1931, état verruqueux de la surface. Infiltration de la base. Ganglions sans changement.

Le 5 mai 1931, exérèse de la tumeur.

Le 29 mai 1931, apparition d'un petit ganglion de la région sous-maxillaire presque médian, mobile, du volume d'une amande.

Le 20 juin 1931, exérèse du ganglion.

Le 30 juin 1931, infiltration diffuse de la région sous-mentale de consistance dure.

Le 21 juillet 1931, réduction de l'infiltration.

Le 25 novembre 1931, cicatrisation de la lèvre parfaite. Aucune infiltration suspecte. (Fig. VI).

Le 13 novembre 1932, le malade est revu en bon état.

En résumé, tumeur particulièrement tenace ayant récidivé après l'intervention chirurgicale. Guérie par le radium. De nouveau, récidive qui est guérie définitivement par résection de la tumeur et des ganglions satellites.

OBSERVATION XV

(LÈVRE INFÉRIEURE)

G... Eugène, 84 ans, entré le 29 juillet 1929.

Début. — En 1915, par une ulcération de la lèvre qui s'accroît progressivement.

Examen. — Ulcération occupant la ligne médiane et à extension plus marquée à gauche, saignante, à rebords contournés, reposant sur une base très dure du volume d'une fève. Pas de ganglions.

Biopsie. — Epithélioma lobulé à globes épidermiques.

Traitement. — Curiethérapie de surface par un appareil fait d'une feuille de plomb recourbé de 2 mm. d'épaisseur et accrochant la lèvre. Une lame de mousse de caoutchouc est entreposée entre elle et la lèvre.

Surface radiante : 12 cm².

Distance focale : 7 mm.

Dose : 14,55 mcd. en 4 jours (1,21 mcd. par cm²).

Le 20 septembre 1929, il ne persiste qu'une érosion de la taille d'un haricot sans aspect suspect.

Le malade meurt en juillet 1930, âgé de 85 ans, d'une crise d'urémie.

OBSERVATION XVI

(LÈVRE INFÉRIEURE)

R... Angello, 39 ans, entré le 24 février 1930.

Début. — Il y a un an.

Antécédents. — Fumeur de pipe.

Par sa profession de maçon, la lèvre a été soumise à des irritations répétées par le ciment.

Examen. — Ulcération du volume d'un petit haricot, reposant sur une tumeur cartonnée de 3 mm. d'épaisseur sur la ligne médiane.

Il existe un petit ganglion mobile du côté droit.

Biopsie. — Epithélioma lobulé à globes épidermiques.

Traitement. — Curiethérapie par appareil de surface en nidrose disposé en crochet qui entoure le bord libre de la lèvre et l'écarte des arcades dentaires.

Surface radiante : 10 cm².

Distance focale : 0,5 cm.

Dose : 10,08 mcd. en 7 jours (1 mcd. par cm²).

Le 25 mai 1930, cicatrisation complète, le ganglion a disparu.

Le 13 novembre 1932, le malade écrit qu'il se trouve en excellent état.

OBSERVATION XVII

(LÈVRE INFÉRIEURE)

B... Angèle, 66 ans, entrée le 1^{er} février 1932.

Début. — Il y a trois ans par une excoriation qui s'accroît rapidement et s'accompagne d'une légère infiltration.

Examen. — Ulcération occupant la moitié droite de la lèvre, inégale, bourgeonnante, disposition en plateau, ovulaire, peu saillante et peu creusante, siégeant sur la face muqueuse et le bord libre.

Dimensions : 2,5 cm. sur 1,5 cm.

6 à 7 mm. de profondeur.

Il existe un petit ganglion non suspect.

Biopsie. — Epithélioma lobulé à globes épidermiques.

Traitement. — Du 3 au 8 février 1932.

Curiethérapie par appareil de surface fait d'une lame de plomb de 1 mm. d'épaisseur doublé de caoutchouc mousse.

Surface radiante : 6 cm².

Distance focale : 1 cm.

Dose : 13,20 mcd. en 5 jours (2,2 par mcd).

Le 27 mai 1932, cicatrisation parfaite et souplesse de la lèvre.

Le 3 mars 1933, la cicatrisation reste parfaite.

OBSERVATION XVIII

(LÈVRE INFÉRIEURE)

K... Nicolas, 66 ans, entré le 10 février 1932.

Début. — Il y a 2 ans par un bourgeon de la lèvre inférieure à extension rapide.

Examen. — Lèvre inférieure épaissie dans son ensemble augmentée de volume, tumeur bourgeonnante de surface irrégulière avec points nécrotiques et décollement.

Dimensions : 5 cm. sur 3.

Profondeur : 2,5 cm.

Biopsie. — Epithélioma lobulé à globes épidermiques.

Traitement. — Le 15 février 1932, curiethérapie par radiumpuncture.

5 aiguilles de 10 mcd.-heure, 9 mcd. 60 en 8 jours.

Le malade sort le 28 février 1932, il est perdu de vue depuis.

OBSERVATION XIX

(LÈVRE INFÉRIEURE)

G... Joseph, 63 ans, entré le 2 février 1932.

Examen. — Ulcération bourgeonnante de la lèvre inférieure, moitié droite du volume d'un haricot au niveau du bord libre. Tumeur infiltrée mais mobile.

Biopsie. — Epithélioma lobulé à globes épidermiques.

Traitement. — Curiéthérapie par appareil de surface en nidrose.

Surface radiante : 4 cm².

Distance focale : 0,5.

Dose : 8,40 mcd. en 5 jours (2 mcd. 10 par cm²).

La lèvre supérieure est maintenue écartée par un prolongement de l'appareil qui suit la commissure.

Le 21 mars 1932, la muqueuse se reconstitue peu à peu.

Le 22 avril 1932, la cicatrisation est complète.

Le 2 mai 1933, le malade est revu en excellent état.

OBSERVATION XX

(LÈVRE INFÉRIEURE)

J... Louis, 61 ans, entré le 1^{er} août 1932.

Début. — Il y a un an par une petite crevasse qui se transforme en tumeur du volume d'une amande.

Exérèse chirurgicale et 5 séances de radiothérapie.

Récidive et accroissement 15 jours après, avec augmentation de volume des ganglions.

Examen. — Ulcération creusante à fond irrégulier, saignant, bords légèrement surélevés ; lèvre dure et infiltrée.

Dimensions : 30 mm. sur 18.

Ganglions : sous-maxillaire du volume d'un petit œuf, sous-mental du volume d'une noix avec mobilité diminuée.

Biopsie. — Epithélioma spinocellulaire.

Traitement. — Curiethérapie par appareil de surface en nidrose.

Surface radiante : 12 cm².

Distance focale : 1 cm.

Dose : 16,80 mcd. en 8 jours (1,40 mcd. par cm²).

Pas de traitement de l'adénopathie. Le malade meurt le 11 novembre 1932 d'extension.

En résumé, malade n'ayant pas eu son traitement ganglionnaire par suite de sa négligence.

OBSERVATION XXI

(LÈVRE INFÉRIEURE)

T... Achille, 69 ans, entré le 16 mars 1933.

Examen. — Ulcération de la lèvre inférieure reposant sur une base indurée.

Biopsie. — Epithélioma spinocellulaire à globes épidermiques.

Traitement. — Curiethérapie par appareil de surface en nidrose.

Surface radiante : 8,4 cm².

Distance focale : 1 cm.

Dose : 21 mcd. en 7 jours (2,5 mcd. par cm²).

Le 27 avril 1933, le malade est en excellente voie de cicatrisation.

OBSERVATION XXII

(LÈVRE INFÉRIEURE)

D... Pierre, 82 ans, entré le 2 mai 1933.

Début. — Il y a 6 mois. Ulcération survenant chez un fumeur de pipe.

Examen. — Ulcération de la moitié gauche de la lèvre inférieure, irrégulière, en plateau, ovalaire à bords épais.

Dimensions : 3 sur 2 cm.

Pas de ganglions.

Traitement. — Le 6 mai 1933, curiethérapie par appareil de surface en nidrose.

Surface radiante : 12 cm².

Distance focale : 1 cm.

Dose : 18 mcd. en 5 jours (1 mcd. par cm²).

Malade perdu de vue.

OBSERVATION XXIII

(LÈVRE INFÉRIEURE)

G... Edouard, 48 ans, entré le 22 mai 1933.

Début. — Il y a un an par une ulcération saignante recouverte d'une croûte.

Examen. — Ulcération bourgeonnante et saignante occupant la moitié droite de la lèvre inférieure, ne la dépassant pas. Mobilité conservée.

Dimensions : 3,5 sur 2,5.

Ganglions petits sans caractère.

Biopsie. — Epithélioma spinocellulaire.

Traitement. — Curiethérapie par appareil de surface en nidrose.

Surface radiante : 12 cm².

Distance focale : 1 cm.

Dose : 18 mcd. en 5 jours (1,5 mcd. par cm²).

Le 22 juillet 1933, cicatrisation complète.

OBSERVATION XXIV

(LÈVRE INFÉRIEURE)

L., Aristide, 54 ans, entré le 26 juillet 1933.

Début. — Il y a deux mois par une fissure qui saigne.

Examen. — Tumeur irrégulièrement circulaire occupant le bord libre de la face muqueuse de la lèvre sur la ligne médiane. Fond en cratère entouré d'un bourrelet épais. (Fig. III).

Dimensions : 3 cm. sur 3.

Profondeur : 1 cm. 5.

Adénopathie bilatérale : ganglions durs et caractéristiques non adhérents à la peau mais peu mobiles, du volume d'une noisette.

Biopsie. — Epithélioma spinocellulaire.

Traitement. — Le 26 juillet 1933, curiethérapie par appareil de surface en nidrose.

Surface radiante : 20 cm².

Distance focale : 1 cm.

Dose : 21,75 mcd. en 7 jours (1 mcd. environ par cm²).

Le 2 octobre 1933, la lèvre est cicatrisée complètement.
(Fig. iv).

En janvier 1934, récurrence ganglionnaire pour laquelle le malade n'est venu consulter qu'à un stade trop tardif. Volumineuse masse sous-maxillaire adhérente à la peau sur le point de fistuliser. Fluctuation sur une surface de 4 cm. de diamètre environ. Abstention thérapeutique, la lèvre reste guérie.

CONCLUSIONS

1° Le traitement du cancer de la lèvre relève avant tout de la curiethérapie.

2° La curiethérapie donne des résultats esthétiques et fonctionnels aussi parfaits que possible et un pourcentage de guérisons supérieur à tout autre traitement.

Deux méthodes curiethérapiques sont employées : la Radiumpuncture et la Curiethérapie de surface.

3° L'adénopathie reste le gros danger et constitue une cause d'échec importante.

La conduite à tenir devant cette adénopathie est différente suivant les cas :

a) Si elle néoplasique, elle relève le plus souvent de la chirurgie à laquelle il y a lieu d'associer la curiethérapie.

b) Si elle ne paraît pas suspecte, elle doit être surveillée avec soin et traitée à temps s'il y a lieu.

4° Il y aurait intérêt à intensifier la propagande pour décider le malade à consulter à temps et à se faire suivre régulièrement par son médecin. Trop souvent, en effet, les échecs proviennent de la négligence du malade.

Vu : *Le Doyen,*

BALTHAZARD

ROUSSEY

Vu : *Le Président de Thèse,*

Gossel

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- BLOODGOOD. — Cancer de la lèvre inférieure : son diagnostic et son traitement opératoire. (Surgery Gynecology and Obst. n° 4, avril 1915, p. 404.)
- CHIAPPINI. — Traitement du cancer des lèvres par l'électrocoagulation chirurgicale. (Thèse Montpellier 1927).
- COLE. — Traitement chirurgical du cancer de la lèvre (the Lancet 1920).
- DALAND. — Plastic reconstruction of lower lip. (New England Med 1931.)
- FONTS. — Lips cancer. Deductions from 191 cases. (Bol de la Liga contre el cancer, janv. 1928.)
- LAMARQUE. — Résultats du traitement physiothérapique de quelques cas de cancer des lèvres. (Société de Radiologie médicale, n° 196, février 1933.)
- MARTIN. — Bulky carcinoma treated by irradiation wide surgical excision and plastic closure. (Am. J. Cancer, janv. 1931.)

MAZEAU. — Essai sur le traitement du cancroïde de la lèvre inférieure, procédés de choix. (Paris 1907.)

MORESTIN. — Cancer de la lèvre supérieure d'origine cutanée. Extirpation. (Bulletin Loc. Fr. de dermatologie. Paris 1918.)

PUQUÉ. — Cancer de la lèvre supérieure traité sans succès par la sérothérapie, Guérison par l'exérèse. (Bulletin soc. de chirurgie, Paris 1913.)

REGAUD-LACASSAGNE. — Adénopathie consécutive du cancer des lèvres (Radiophysiologie et Radiothérapie. (Vol. 1, Fasc. 2).

RAUSCHNING. — Die moderne Behandlung der Lippen Karzinoms (Berlin 1914).

SISTRUNK W.-E. — The results of surgical treatment of epithelioma of the lips. (Am. J. Suz. Déc. 1929.)

STEVENS. — Electro thermic surgery in management of carcinomata of lip (Am. J. Suz. Déc. 1929).

SHEDDEN. — Results of surgical treatment of epithelioma of lip (Boston M et S. Fév. 1927.)

VALLAS. — Cancroïdes des lèvres. (Lyon Chir. 1909.)

IMPRIMEUR
ÉDITEUR
P. DEVANT

- 95 -

RUE DE LA
CHAPELLE
PARIS
18^E)



